

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

114

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 décembre 1900, à 1 heure

Par M. LÉCUREUIL

Né à Saunay (Indre-et-Loire) le 1^{er} août 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES ENTÉRO-CUTANÉES

Consécutives à l'Appendicite

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : { MM. LE DENTU, professeur.
CAMPENON et , ALBARRAN agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

114

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

114

THÈSE

DE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 décembre 1900, à 1 heure

Par M. LÉCUREUIL

Né à Saunay (Indre-et-Loire) le 1^{er} août 1872.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FISTULES ENTÉRO-CUTANÉES

Consécutives à l'Appendicite

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : { MM. LE DENTU, professeur.
CAMPENON et , ALBARRAN agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Docteur. Professeurs		M. BROUARDEL
Anatomie.		MM.
Physiologie.		FARABEUF.
Physique médicale.		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale.		GARIEL.
Histoire naturelle médicale.		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.		BLANCHARD.
		BOUCHARD.
		DEBOVE.
Pathologie médicale.		HUTINEL.
		LANNELONGUE
Pathologie chirurgicale.		CORNIL.
Anatomie pathologique.		MATHIAS DUVAL
Histologie.		TERRIER.
Opérations et appareils.		POUCHET.
Matière médicale et pharmacologie.		LANDOUZY
Thérapeutique.		PROUST.
Hygiène.		BROUARDEL.
Médecine légale.		BRISAUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		CHANTEMESSE
Pathologie expérimentale et comparée.		
		POTAIN.
Clinique médicale.		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.		LE DENTU
		TILLAUD.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELIBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Chirurgien des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FISTULES ENTÉRO-CUTANÉES

Consécutives à l'Appendicite

INTRODUCTION

Les fistules intestinales constituent une complication qu'il n'est pas très rare d'observer au cours ou à la suite de l'appendicite. On les observe d'ailleurs dans des circonstances assez différentes.

Dans une première catégorie de faits, il s'agit d'appendicites abcédées aiguës ou chroniques et réchauffées, ouvertes *spontanément* à la paroi et dans l'intestin.

Dans un deuxième ordre de faits, on a affaire à des appendicites aiguës ou chroniques, suppurées ou non (mais aiguës et suppurées dans la grande majorité des cas) et *traitées chirurgicalement*. C'est à la suite de l'acte opératoire que la fistule s'établit ; non pas que cette fistule soit généralement causée par l'opération elle-même et

doive être imputée à une faute du chirurgien, mais parce que des lésions intestinales préexistantes ou consécutives font communiquer avec l'intestin l'abcès dont l'ouverture a été d'autre part établie chirurgicalement sur la paroi abdominale.

Ces deux variétés, qui relèvent de causes en apparence diverses, mais en réalité souvent univoques, peuvent présenter quelques différences au point de vue clinique, anatomopathologique et thérapeutique, mais elles n'en sont pas moins unies par une étroite parenté. Il en résulte que les mêmes considérations doivent le plus souvent s'appliquer à l'une et à l'autre, et qu'on pourra les grouper dans une même étude d'ensemble.

Nous avons voulu surtout envisager dans ce travail les *fistules* intestinales observées dans les appendicites. Cependant nous n'en pouvons distraire l'étude des *anus contre nature* que l'on y peut rencontrer. Entre les deux, en effet, simple différence de degré. Comme le dit M. Guinard, « on ne saurait dire exactement où commence la fistule intestinale, et où finit l'anus contre nature. »

En général, on dit qu'il y a *fistule intestinale*, quand un orifice anormal laisse s'échapper hors des voies naturelles une petite quantité de matières et des gaz intestinaux. On dit qu'il y a *anus contre-nature*, quand cet orifice anormal donne issue à la presque totalité du contenu de l'intestin. C'est cette différence au point de vue fonctionnel, bien plus qu'une modalité anatomique, qui établit la distinction entre l'anus contre nature et la fistule. Il arrive en effet que des trajets relativement étroits don-

nent issue à la presque totalité du contenu de l'intestin, alors que des orifices beaucoup plus larges ne laissent échapper qu'une faible partie des matières fécales.

Dans notre esprit le nom générique de fistule s'appliquera d'ailleurs le plus souvent à l'un et à l'autre.

Ordinairement ; et cela à cause du processus habituel de ces fistules, qui dérivent d'une cavité purulente péri-intestinale ; le trajet conduit au dehors un mélange de pus et de matières fécales. Aussi les auteurs ont-ils qualifié ces fistules d'épithètes spéciales. Verneuil leur donnait le nom de fistules stercoro-purulentes. Blin les appelait fistules pyo-stercorales, parce que, disait-il, la formation du pus précède ordinairement l'issue des matières fécales. C'est cette dernière dénomination qui est généralement adoptée. Nous l'emploierons couramment, après avoir fait remarquer toutefois qu'il peut exister des fistules stercorales simples, dans les cas exceptionnels où des parois intestinales friables et adhérentes, mais non entourées de pus, auront été dilacérées pendant l'opération.

Dans notre travail, nous aurons surtout en vue les fistules post-opératoires et c'est à leur étude clinique, pronostique et thérapeutique que nous attacherons le plus d'importance.

ÉTIOLOGIE

Les fistules stercorales ou pyostercorales ne constituent pas une complication rare au cours de l'appendicite.

Avant la grande période chirurgicale contemporaine on observait assez souvent des abcès de la fosse iliaque ouverts à la paroi abdominale et compliqués d'issue des matières par l'orifice cutané. Ces abcès étaient le plus souvent de cause indéterminée, mais il est aisé d'y reconnaître, en lisant la plupart des observations, les caractères propres aux abcès d'origine appendiculaire.

Blin dans sa thèse, en 1879, rapporte 72 cas de fistules pyo-stercorales. Il en attribue 18 à des péri-typhlites, 31 à des abcès de la fosse iliaque. Or sur ces 31 fistules, 7 seulement siégeaient à gauche, 7 autres étaient de côté indéterminé, 17 étaient consécutives à des abcès de la fosse iliaque droite.

Sur les 18 observations que Blin range sous l'étiquette de pérityphlite suppurée, on compte douze guérisons et six morts.

Sur ces 6 morts, 5 furent suivies d'autopsie et dans 4 cas les lésions de l'appendice n'étaient pas douteuses. Dans un premier cas, nous notons en effet une « cavité intermédiaire formée par l'appendice reporté en haut,

adhèrent à la paroi abdominale. Ecaïlle de noix à son intérieur. » Dans un deuxième cas : « lésions anciennes de l'appendice ». Dans un troisième : « gangrène de l'appendice béant dans l'abcès ». Dans un quatrième : « appendice iléo-cœcal détruit. » Nul doute que dans la plupart des autres observations d'abcès de la fosse iliaque droite, il ne s'agisse également d'appendicites suppurées, puisque l'immense majorité de ces abcès reconnaît pour cause des lésions de l'appendice iléo-cœcal. Quant aux abcès de la fosse iliaque gauche, nous savons qu'ils peuvent être également d'origine appendiculaire.

Avec la fréquence croissante des interventions abdominales, le nombre des fistules stercorales et pyostercorales augmente sensiblement. Tel abcès, en effet, qui aurait déterminé la mort avant de s'être ouvert au dehors spontanément est incisé par le chirurgien. Une fistule stercorale s'établit parfois à la suite de cette intervention. D'autres peuvent encore survenir à la suite de laborieuses interventions à froid, lorsque l'appendice adhérent de toute part doit être en quelque sorte sculpté dans un cœcum friable.

En même temps que ces fistules stercorales étaient plus couramment observées, la proportion de fréquence entre les fistules spontanées et les fistules post-opératoires changeait complètement.

Autrefois, on observait presque uniquement des fistules spontanées. Aujourd'hui, peu nombreux sont les cas d'appendicites suppurées abandonnées à elles-mêmes et s'il y a fistule, c'est presque toujours après l'opération. On l'observe avec une certaine fréquence dans les services de

chirurgie où beaucoup d'appendicites sont opérées.

Poncet note deux cas de fistules stercorales. Sur cinquante-quatre observations de malades opérés par Pauchet, Béra consigne 4 cas de fistules stercorales.

Si au lieu d'envisager au hasard des appendicites opérées à chaud ou à froid, on prend une statistique d'opérations exécutées à chaud, la proportion augmente. Sur quinze cas opérés à chaud par Routier et rapportés par Ferron dans sa thèse, nous trouvons trois observations de fistules stercorales.

Les causes immédiates de la fistule stercorale ou pyostercorale peuvent différer suivant qu'il s'agit d'une fistule spontanée ou d'une fistule post-opératoire. Nous allons les étudier successivement dans ces deux cas.

Fistules spontanées. — Ici nous aurons uniquement affaire à des fistules pyostercorales. Elles se rencontreront soit dans les appendicites spécifiques (tuberculeuses, actinomycosiques), soit dans les appendicites suppurées banales qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus fréquentes.

Pour qu'une appendicite donne naissance spontanément à une fistule pyostercorale, trois facteurs sont nécessaires : un abcès, une perforation intestinale, une ouverture à la paroi de l'abdomen.

L'abcès sera péri ou para-appendiculaire. Il sera situé en tout cas au contact de l'intestin. Cet intestin baignant dans le pus pourra se perforer suivant divers processus. Parfois, ce sera l'appendice qui présentera une perforation plus ou moins large ou qui se sectionnera spontanément. Il en résultera un orifice généralement étroit mais

qui pourra s'agrandir sous l'influence de la poussée des matières issues de l'intestin.

D'autres fois, la perforation de l'appendice n'existe pas ou est trop étroite pour donner issue aux matières. Tout au plus, trouvera-t-on dans la cavité de l'abcès quelques corps étrangers, quelques calculs stercoraux dont l'issue ne saurait constituer à elle seule une fistule stercorale. Mais sur le cœcum, des plaques de gangrène peuvent se former et une ou deux perforations souvent très larges donneront issue aux matières fécales. Dans quelques cas ce ne sera pas au niveau du foyer primitif, mais au niveau d'un abcès secondaire plus ou moins éloigné, que se constituera la perforation, et une portion quelconque de l'intestin pourra se trouver perforée. Il en résultera une fistule à siège anormal ayant cependant comme cause médiate une appendicite suppurée. Quant à la perforation de la paroi abdominale, elle se fera par le processus habituel aux abcès chauds et selon les cas, elle sera antérieure ou consécutive à la perforation intestinale.

Fistules post-opératoires. — Les fistules post-opératoires pourront être pyo-stercorales ou simplement stercorales suivant qu'il existera ou non une cavité purulente intermédiaire à l'intestin et au trajet fistuleux de la paroi. Les fistules pyo-stercorales ne s'observeront donc guère en dehors de l'appendicite à chaud suppurée.

Quelle que soit la variété de fistule qui se présentera nous aurons à examiner le mode de production des trois facteurs : orifice intestinal, trajet fistuleux, orifice de la paroi. L'orifice de la paroi sera ici déterminé par l'incision du chirurgien. Le trajet fistuleux suivra en général

le chemin suivi par le chirurgien pour ouvrir les abcès et arriver jusqu'à l'intestin.

Les drains et les mèches lui conserveront un calibre suffisant pour l'élimination du pus et des matières fécales. Quant à l'orifice intestinal, diverses causes pourront déterminer sa formation.

Tout d'abord la perforation pourra se produire au niveau de l'appendice. Cet appendice pourra être perforé ou sectionné spontanément. Si le chirurgien ne peut le trouver, le détacher de ses adhérences et le lier à sa base, un orifice pourra persister et donner issue aux matières. M. Poncet rapporte un cas de fistule stercorale par l'orifice de l'appendice vers son point d'implantation après résection. Dans certains cas, selon beaucoup de chirurgiens, la ligature circulaire placée à la base de l'appendice pourrait lâcher et un orifice de communication serait ainsi constitué.

M. Routier se contente cependant de cette ligature ; il prétend que jamais cette ligature ne lâche quand on l'a faite avec soin.

Beaucoup plus fréquemment, la perforation se fera au niveau de la paroi cœcale. Parfois au moment de l'opération on aperçoit, après avoir détaché l'appendice adhérent au cœcum ou même inclus pour ainsi dire dans la paroi cœcale, un orifice de communication appendiculo-cœcale. Au cours de l'opération on peut également constater des perforations particulièrement fréquentes à la face postérieure du cœcum. On ne pourra les voir que si le cœcum a été bien libéré. Les ulcérations qui aboutissent à ces perforations débutent toujours par la face ex-

terne de l'intestin. Ce sont elles qui ont donné naissance à la pérityphlite suppurée.

Parfois l'intestin n'est pas perforé au moment de l'opération, mais il présente à sa surface des plaques blanchâtres ou verdâtres comme celles qui existent sur les appendices gangrénés. Ces plaques sont destinées à s'éliminer et détermineront un anus contre nature ou une simple fistule.

Albarran cite une observation (Soc. chir. 1900) où il trouva sur le cœcum deux plaques de gangrène très voisines l'une de l'autre ; les jours suivants il y eut un anus contre nature.

Ces perforations peuvent siéger non-seulement sur le cœcum, mais aussi, dans des cas plus rares, sur l'intestin grêle.

Dans un cas de Michaud, il s'agissait d'une appendicite suppurée avec collection à droite et à gauche, et abcès pelvien distinct, les trois furent ouverts, mais le foyer pelvien était en communication avec l'intestin grêle qui s'était ulcéré en deux points au contact d'un appendice extrêmement altéré.

M. le professeur Terrier rapporte aussi un cas où l'appendice adhéraît à l'intestin grêle ; cette adhérence fut rompue avec l'ongle, « mais il resta sur l'intestin libéré une perforation arrondie correspondant exactement comme forme à l'extrémité du cordon signalé qui est l'appendice » ; pendant cette même intervention M. Terrier rompit les tuniques séro-musculaires du côlon.

Ces deux cas sont les seuls que nous ayons relevé, où la perforation de l'intestin grêle ait été déterminée par

l'appendice. Dans l'observation suivante de M. Potherat la perforation de l'intestin grêle fut provoquée par une plaque de sphacèle.

OBSERVATION I (résumée).

Potherat. *In* thèse de Cochot.

Anus contre nature d'origine appendiculaire.

Il s'agit d'un garçon de 14 ans opéré d'appendicite suraiguë perforante. Laparotomie latérale. Ablation de l'appendice perforé.

Au cours de l'opération, on remarque sur le cœcum et sur l'intestin grêle, près de son abouchement, deux plaques de la dimension d'une pièce de deux francs et de un franc, couleur feuille morte.

Au bout de douze jours, alors que le malade commençait à sortir des accidents les plus graves, apparition de matières fécales dans la plaie. Cette apparition est suivie bientôt d'une évacuation régulière et totale.

Un anus contre nature est constitué en plein intestin grêle.

Trois mois après, le malade étant tout à fait rétabli, fermeture de l'anus contre nature par entérorraphie longitudinale après complète libération de l'anse intestinale.

Guérison totale et définitive.

En somme, les principales causes de perforation intestinale sont les ulcérations causées par les abcès péricœcaux et les plaques gangréneuses de la paroi.

Exceptionnellement, la paroi intestinale friable peut

être déchirée partiellement ou dans toute son épaisseur au cours de la recherche de l'appendice. Dans quelques cas enfin, peut-être pourrait-on incriminer la compression exercée par les drains au niveau d'une paroi intestinale douée d'une faible vitalité. M. Poncet rapporte un cas de fistule stercorale par ulcération du cœcum amenée par le contact trop prolongé de la gaze avec ses parois.

Nous venons d'étudier les facteurs nécessaires pour l'établissement d'une fistule stercorale ou pyo-stercorale. Ces facteurs sont-ils suffisants ? D'autre part, comment régiront-ils le fonctionnement de la fistule.

Il est des cas où un abcès est ouvert à la fois dans l'intestin et à la paroi, et cependant il n'en résulte pas de fistule pyo-stercorale. Cela pourra tenir, non seulement aux petites dimensions de l'orifice intestinal, mais encore à l'obliquité du trajet dans la paroi intestinale et à l'existence d'une sorte de soupape formée par la muqueuse.

Cette soupape pourra permettre le passage du pus dans l'intestin en s'opposant cependant au passage des matières dans la cavité de l'abcès.

Le boursoufflement de la muqueuse pourra également jouer un rôle important dans l'écoulement des matières par la fistule. Au début de l'établissement de la fistule la muqueuse boursouflée pourra s'opposer au passage des matières dans la cavité abcédée, alors que le pus passera dans l'intestin.

Plus tard le même mécanisme pourra expliquer les intermittences que l'on observe dans l'évacuation des matières. Il faudra y ajouter le rôle de la diarrhée et de la constipation.

Signalons enfin une disposition de l'intestin qui permet à la totalité des matières fécales de s'échapper par la fistule. Cette disposition est réalisée par la hernie complète du bout supérieur dans la cavité.

En terminant ce chapitre disons quelques mots des fistules causées par les appendicites tuberculeuses. Ces appendicites peuvent dans quelques cas donner lieu à des accidents de suppuration semblables à ceux d'une appendicite banale. Si l'on vient à ouvrir ces collections péri-appendiculaires, on voit s'établir des fistules pyo-stercorales qui vont en s'élargissant au lieu de tendre vers la cicatrisation. M. Jalaguier rapporte deux cas de ce genre : « Dans l'un, dit-il, il s'agissait d'un vaste abcès rétro-cœcal ; une fistule, laissant passer une grande quantité de matières stercorales, dura jusqu'à la mort, amenée par tuberculose pulmonaire cinq mois après l'opération. Il y avait, outre les lésions appendiculaires, une vaste ulcération du cœcum. Dans l'autre cas, j'avais affaire à une péritonite suppurée à grands enkystements ; l'enfant guérit de sa péritonite après laparotomie et lavages, mais une fistule stercorale persista, et la mort survint par la tuberculose pulmonaire massive six semaines après mon intervention, l'appendice présentait plusieurs perforations tuberculeuses. La fin de l'iléon était couverte de tubercules caséeux ainsi que l'ovaire et la trompe ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la fistule pyo-stercorale comprend l'étude de la poche purulente péri ou para-appendiculaire, celle du trajet fistuleux qui lui fait suite, des lésions de voisinage de la poche et du trajet, et enfin l'examen des orifices intestinal et cutané. Que la fistule soit spontanée ou post-opératoire, ces différents points devront être également passés en revue.

1° *Poche purulente.* — L'étude de cette poche purulente est de première importance dans l'anatomie pathologique des fistules que nous étudions. C'est son volume, sa situation, qui régleront le trajet et le siège des fistules. D'ailleurs la production même de ces fistules est ordinairement liée à l'existence de cette cavité abcédée. Dans des cas exceptionnels seulement, la cavité purulente pourra manquer. Ils s'agira alors de fistules post-opératoires survenues à la suite de manœuvres sur le cœcum au cours d'une opération d'appendicite à froid. On aura affaire dans ces cas, tout au moins au début, non à une fistule pyo-stercorale, mais à une fistule stercorale simple.

La cavité purulente est péri-appendiculaire ou para-appendiculaire.

L'abcès péri-appendiculaire est généralement unique.

Sa capacité est très variable. Dans certains cas il contient seulement quelques gouttes de liquide. Dans d'autres cas il en contient un litre et plus.

La paroi en est formée par des adhérences plus ou moins épaisses qui unissent l'épiploon et les anses intestinales. L'appendice s'enchâsse souvent dans cette paroi et on pourrait croire alors qu'il a disparu, tellement il est confondu avec les tissus voisins.

La face interne de la paroi est irrégulière, anfractueuse, creusée parfois de diverticules et de prolongements. Elle est tapissée par une membrane bourgeonnante pyogénique.

Le contenu est constitué par un mélange plus ou moins homogène de pus et de matières fécales, d'odeur extrêmement fétide, accompagné de gaz et parfois de corps étrangers d'origine appendiculaire. On peut encore y trouver des lambeaux sphacelés de provenance intestinale, des débris de l'appendice ou même cet organe entier amputé spontanément.

Les abcès para-appendiculaires sont rarement primitifs ; presque toujours ils sont secondaires. Ils reconnaissent alors pour cause la propagation de l'inflammation péritonéale. Ces abcès peuvent se développer en un point très éloigné de l'appendice.

Ils peuvent être rétro-cœcaux, précœcaux, ilio-inguinaux. Ils peuvent siéger dans la fosse iliaque et l'hypogastre gauche, être rétro-rénaux, rétro-coliques, sous-diaphragmatiques.

Fréquemment on en observe dans le petit bassin.

L'observation suivante empruntée à Sédillot donne une

idée des dégâts considérables qui peuvent survenir dans certains cas.

OBSERVATION II (résumée).

Sédillot. *Annales de la chirurgie française et étrangère*,
pour l'année 1841.

M. L..., officier de chasseurs, 34 ans, entre au Val-de-Grâce en novembre 1839 pour un abcès fistuleux de la fosse iliaque droite, datant de trois ans environ.

Quatre orifices fistuleux semblant se diriger vers le cœcum. Cicatrices d'autres orifices. Ces orifices donnent issue à du pus mélangé de matières stercorales, d'urine et de gaz. Le principal est situé à un pouce en dedans de l'épine iliaque.

Le malade meurt de péritonite le 18 mai 1840.

Autopsie. — Le cœcum nage au milieu d'un liquide noirâtre et est décollé en arrière. Il présente à sa face postérieure plusieurs ulcérations assez larges. L'appendice a disparu. La prostate est transformée en une collection purulente verdâtre. Le bas fond de la vessie est perforé et communique avec les foyers purulents voisins.

Voici maintenant deux autres observations empruntées à la thèse d'Ymbert, dans lesquelles les abcès qui donnèrent naissance à des fistules pyostercorales se prolongeaient jusque dans la région lombaire et simulaient des collections péri-rénales.

OBSERVATION III (Picqué).

In thèse d'Ymbert.

R... Eugénie, 28 ans, salle Gerdy, lit n. 12.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de péritonite ?

Antécédents personnels. — Soignée 6 mois pour salpingite double, opérée ensuite par M. Lejars pour hématocele.

Vers la fin de janvier, la malade accuse des douleurs très violentes dans la région lombaire droite. Léger mouvement fébrile, urines troubles.

Le 4 février. — Douleurs violentes au creux épigastrique accompagnées de vomissements alimentaires et bilieux. Les douleurs débutent vers 5 heures du soir. Dans la nuit douleurs dans la fosse iliaque droite de plus en plus intenses. Les vomissements continuent.

Constipation. Pas de douleurs dans le membre inférieur droit.

Les symptômes précédents vont avec une intensité croissante jusqu'à l'entrée de la malade dans le service.

10 février. — Température 38°8.

Examen clinique. — Il existe dans la région du flanc droit une tumeur dont les limites sont les suivantes : extrémité inférieure à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure ; on sent un prolongement qui se dirige dans la fosse iliaque. L'extrémité supérieure s'enfonce presque sous la face inférieure du foie. La tumeur ne se déplace pas avec ce dernier dans les mouvements respiratoires. Elle s'arrête en dedans à deux travers de doigt de l'ombilic. En arrière elle a le point de contact avec la fosse lombaire.

Il existe un ballotement rénal des plus caractérisés. La percussion révèle la présence du côlon en avant de la tumeur. Sonorité de toute la région envahie.

On pense à un abcès périnéphrétique, à une pyonéphrose, etc.

Opération le 12 février — Incision lombo-iliaque. Il s'agit d'une collection péri-cœcale d'origine appendiculaire. Il est sorti un pus abondant contenant deux petits calculs stercoraux.

L'introduction du doigt dans la cavité permet de sentir de nombreuses adhérences du côté du rein. Le doigt file au contraire dans la fosse iliaque.

Les jours suivants, écoulement de quelques matières fécales. Les liquides qui servent à laver la plaie sont rendus par l'anus.

Au bout de quelque temps les matières disparaissent du pus excrété ; la fistule purulente dure encore un peu, laissant échapper à un moment quelques gaz, puis guérison complète et sortie de l'hôpital le 18 mars.

OBSERVATION IV (Picqué).

In thèse d'Ymbert.

Mme O..., bonne santé habituelle, n'a jamais accusé de symptômes gastro-intestinaux.

Présente depuis quelques mois de l'amaigrissement et une diminution notable des forces.

Il y a trois semaines environ, s'est aperçue dans la région

lombaire droite, de la présence d'une tuméfaction indolente dont le volume s'accroît très lentement.

Appelé près de cette malade, M. Picqué constate au niveau de la région lombaire une tuméfaction notable, présentant le volume des deux poings réunis, située un peu plus bas que le rein et semblant l'enfoncer un peu dans la fosse iliaque correspondante. Fluctuation profonde, pas de douleur à la pression.

M. Picqué hésite entre le diagnostic de collection péri-rénale ou d'abcès d'origine appendiculaire, bien que la malade n'ait jamais présenté aucune crise d'appendicite. Elle déclare aussi n'avoir jamais rien observé d'anormal du côté des urines.

Opération pratiquée en décembre 1898 chez les religieuses de la rue Oudinot. M. Picqué fait au niveau le plus saillant de la tumeur une incision verticale légèrement recourbée par en bas. Il en sort une quantité considérable de pus légèrement fétide. Pas de matières fécales. L'exploration de la poche ne permet pas de découvrir le rein, mais elle montre que le foyer se prolonge manifestement en bas dans la fosse iliaque.

Les jours suivants l'ouverture cutanée livre passage à une véritable débâcle de matières fécales, ce symptôme avait même fait penser à l'évolution d'un cancer intestinal.

De grands lavages sont pratiqués avec une solution de chloral au 1/100.

La quantité de matières fécales sortant par la plaie reste longtemps considérable.

Peu à peu, cependant l'écoulement se modère grâce au régime alimentaire imposé à la malade.

Le 15 juin 1899. — M. Picqué revit M^{me} O., elle était complètement rétablie, la fistule était tarie

Dans certains cas le pus s'est ouvert une voie jusque dans le scrotum ainsi qu'en témoigne la curieuse observation suivante et que nous empruntons à Thurnam et que Briançon a résumée dans sa thèse. Cette observation est bien nettement un cas d'appendicite suppurée, l'appendice étant anormalement descendu dans un trajet herniaire.

OBSERVATION V

In thèse Briançon, résumée d'après Thurnam.

En juillet, un homme de 60 ans se présente à l'hôpital de Middlesex, porteur d'une affection du testicule droit. Aucun renseignement de la part du malade. Une douleur vive s'oppose à la recherche du testicule. Bientôt se forme avec rapidité, à la partie inférieure du scrotum, un abcès qui, en s'ouvrant, laisse passer d'abord un pus de bonne nature qui par la suite prend une mauvaise couleur et une odeur infecte. On émet l'hypothèse d'une communication entre l'abcès et l'intestin. Le malade meurt.

L'autopsie établit la présence à la base de l'appendice hernié, d'une perforation laissant échapper les matières fécales dans le sac herniaire et dans le tissu cellulaire du scrotum.

Trajet fistuleux. — Le trajet fistuleux s'étend de la poche purulente à l'orifice cutané; il est généralement unique. Ce n'est que dans les cas de vastes suppurations spontanément ouvertes à la paroi que l'on pourra trouver des fistules multiples. Il y en avait quatre dans le cas de Sédillot relaté plus haut, et encore observait-on la cicatrice d'autres orifices. Dans ces cas, il existe ordinaire-

ment un trajet principal livrant parfois seul passage aux matières fécales, et des fistules secondaires communiquant avec la poche purulente et communiquant parfois aussi les unes avec les autres.

Le trajet principal est le premier en date et il est aussi le dernier à s'oblitérer. Sa longueur est de 3 à 12 centimètres. Il est plus ou moins tortueux quand il doit contourner des organes avant de s'ouvrir à la peau. Sa largeur est très variable, d'une plume d'oie à la circonférence de l'index. Elle est d'ailleurs très inégale suivant le point examiné. Sa paroi est tapissée d'une membrane molle et granuleuse.

Les fistules secondaires peuvent être dues à des suppurations de voisinage ou encore être dues à des fusées purulentes qui sont la conséquence de l'étroitesse du trajet principal.

Lésions de voisinage. — Tout autour de la poche purulente et du trajet fistuleux, il existe des lésions de péritonite chronique enkystée. Les lésions forment le gâteau induré dont parle Trélat. On peut aussi observer le ramollissement et l'infiltration du muscle psoas-iliaque, et même exceptionnellement la carie de l'os iliaque.

Orifice intestinal. — Le plus souvent unique, l'orifice intestinal peut cependant être multiple, en particulier dans les cas où la perforation est consécutive à l'élimination de plaques de sphacèle.

C'est ordinairement sur le cœcum que se trouve l'orifice, beaucoup plus rarement sur l'intestin grêle. Parfois il siège au niveau de l'appendice ou à son point d'inser-

tion sur le cœcum, d'autres fois, il siège sur les parois du cœcum lui-même.

Selon les cas, cet orifice est arrondi ou irrégulier. Il peut augmenter sous la poussée du contenu de l'intestin, s'agrandir progressivement et atteindre les dimensions d'une pièce de deux francs ou même de cinq francs.

A son pourtour, la muqueuse intestinale forme un bourrelet qui fait hernie dans la cavité de l'abcès. Cette muqueuse peut même constituer une sorte de clapet qui s'oppose à certains moments à l'issue des matières dans la cavité.

Parfois ces matières passent seulement au moment des crises diarrhéiques. Dans certains cas, l'orifice permet le passage du pus dans l'intestin sans que le contenu de l'intestin se déverse dans la cavité purulente. La position du malade peut d'ailleurs jouer un certain rôle à ce point de vue.

On a observé des cas où un lavement passait dans la poche si le malade était assis, et n'y passait pas si le malade était couché.

Orifice cutané. — Cet orifice, unique ou multiple suivant le nombre des fistules cutanées, siège en des points très variables et en rapport avec le siège des abcès.

Le plus souvent, on l'observe dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessus de l'arcade crurale; parfois aussi, il se trouve dans la région lombaire droite; exceptionnellement, on peut le rencontrer en d'autres points de l'abdomen assez éloignés de l'appendice.

Cet orifice siège souvent au fond d'une petite dépression de la peau excavée en cul-de-poule et comme attirée sur

l'abdomen. Parfois on observe tout autour quelques plis rayonnés.

A son pourtour, on observe ordinairement une induration qui témoigne du travail cicatriciel des tissus avoisinants.

Evolution de la fistule.—La fistule peut évoluer vers la guérison spontanément et c'est même son processus habituel. Elle peut aussi rester stationnaire, soit que l'orifice intestinal soit considérable, soit qu'il y ait stagnation et mauvais écoulement du contenu de la cavité.

Nous allons envisager ces deux modes différents l'un après l'autre.

« Ces fistules, dit Verneuil, peuvent se fermer par les seules forces de la nature, mais à la condition que le trajet intermédiaire ou cavité purulente se réduise peu à peu jusqu'à effacement par coalescence de ses parois. Ce travail réparateur spontané exige, au début, la transformation de la membrane pyogénique en membrane granuleuse et plus tard la mise en action non interrompue de certaines propriétés de cette dernière, savoir la rétractibilité progressive et l'adhésivité des surfaces arrivées au contact ».

Quand ce processus de guérison s'établit, la cavité purulente se recouvre en effet sur sa face interne de granulations, de bourgeons charnus qui se rapprochent, adhèrent les uns aux autres, et finissent par combler peu à peu le foyer de l'abcès. En même temps la suppuration diminue progressivement ; les orifices intestinal et cutané se rétrécissent peu à peu et les matières s'é-

panchent en quantité de plus en plus petite dans la cavité purulente.

Parmi les causes qui s'opposent à la fermeture de la fistule on doit noter tout d'abord le mauvais état général du sujet. Les bourgeons charnus manquent de vitalité et ne peuvent acquérir les propriétés réparatrices suffisantes.

A côté de cette cause d'ordre général il en est plusieurs d'ordre local. Tout d'abord l'étroitesse de l'orifice extérieur par rapport à la largeur de l'orifice intestinal. Une telle disposition amène la stagnation du pus et des matières fécales dans le foyer: La cavité est distendue ; les bourgeons charnus sont enflammés.

A ces causes principales de persistance de la fistule, Blin ajoute des causes exceptionnelles telles que : hernie de l'intestin à travers la plaie, rétrécissement plus ou moins marqué du bout inférieur de l'intestin, s'opposant dans une certaine mesure au rétablissement du cours des matières ; enfin la présence dans une partie du trajet fistuleux, de la muqueuse intestinale. « C'est là, dit-il, un obstacle puissant, invincible à la guérison spontanée, car on sait que le meilleur moyen de rendre permanente une ouverture accidentelle, c'est de la revêtir de téguments muqueux et cutanés ».

ÉTUDE CLINIQUE

Les signes qui permettent de dire qu'il existe une fistule pyo-stercorale sont de deux ordres. Les uns sont de simples signes de présomption ; les autres sont vraiment des signes de certitude.

Parmi les signes de présomption nous rangerons l'apparition de gaz dans l'intérieur de l'abcès, la fétidité spéciale du pus. Les gaz peuvent exister dans des abcès qui ne sont nullement en communication avec l'intestin. De même on sait que beaucoup d'abcès siégeant au voisinage du tube digestif renferment un pus d'une fétidité extraordinaire et d'odeur parfois fécaloïde.

L'issue des matières intestinales par la plaie constitue le principal signe de certitude. Mais il n'est pas toujours évident au premier abord que le pus contient des matières fécales. Souvent le pus est simplement brunâtre, couleur café au lait ou chocolat. Au microscope on constate qu'il renferme de fines parcelles de matières fécales.

Dans d'autres cas au contraire les matières fécales sont en quantité appréciable et ont leurs caractères ordinaires très nets. Parfois on observe dans les matières des fragments d'aliments mal digérés et de la bile.

La quantité de pus et de matières intestinales varie no-

tablement suivant les dimensions de l'abcès, celles de l'orifice intestinal et aussi suivant la date de la fistule intestinale. La quantité rendue en vingt-quatre heures varie de quelques grammes à trois cents ou cinq cents grammes.

L'écoulement est ordinairement intermittent. Cette intermittence peut reconnaître plusieurs causes.

Elle peut être due à une rétention des matières dans la poche si l'orifice est trop étroit. Elle peut être due également à ce que sous l'influence d'une cause quelconque (modification de l'alimentation, constipation, formation d'une sorte de valvule par le bourrelet muqueux de l'orifice intestinal), les matières intestinales se déversent elles-mêmes, par intermittence, dans la cavité purulente. Parfois on observe même des périodes de rémission assez longues et des pseudo-guérisons suivies de rechutes.

Si la fistule siège sur le cœcum, les matières apparaissent dans la plaie 4 à 5 heures après le repas. Dans le cas de fistule de l'intestin grêle, elles apparaissent 2 ou 3 heures après le repas.

Il est rare que la totalité des matières passe par la plaie. Le plus souvent le malade rend par l'anus une plus grande quantité de matières que celle qui passe dans la fistule. Ces matières sont ordinairement mélangées à du pus. Au début de la formation de la fistule le malade a généralement de la diarrhée, due probablement à l'irritation de l'intestin par le pus. Plus tard, cette diarrhée disparaît et le malade a même parfois une constipation opiniâtre avec débâcles.

Si les matières et le pus passent en abondance par l'o-

rifice cutané, la peau pourra être au pourtour le siège d'érythèmes, d'excoriations. Cette irritation peut amener le rétrécissement de l'orifice et des phénomènes de rétention. Parfois même on a pu observer des érysipèles développés au pourtour de la fistule.

Des symptômes fonctionnels (douleurs, coliques, vomissements) s'observent assez rarement chez les malades porteurs de ces fistules. Par contre si l'écoulement pyo-stercoral persiste longtemps avec abondance, l'état général ordinairement peu altéré, peut être atteint profondément.

La date d'apparition des matières dans la plaie est très variable. Parfois elle coïncide avec la date de l'opération. Plus souvent elle suit de quelques jours cette dernière.

Sur 13 observations, nous avons noté seulement trois fois l'apparition des matières dans la plaie dès le premier jour. Deux fois les matières apparurent le quatrième jour; deux fois le cinquième jour, deux fois le sixième, une fois le dixième, le douzième et le quatorzième jour. Trois fois cette date était indéterminée.

Dans les deux cas où la date d'apparition des matières fut la plus éloignée de la date de l'opération (12^e et 14^e jours), il s'agissait d'un sphacèle secondaire de l'intestin ayant déterminé un véritable anus contre nature (cas de Potherat et de Rioblanç). Ces deux cas ne guérèrent que par l'entérorrhaphie latérale.

Dans les autres cas (non suivis de mort par autres complications) la guérison de la fistule se fit spontanément.

Les matières cessèrent de passer dans trois cas au bout de quatre, sept et huit jours.

Dans trois cas elles disparurent en deux semaines environ ; dans trois autres cas au bout de trois semaines.

Dans deux observations seulement, on relate les durées de trois semaines et de « quelques semaines ».

D'une manière générale, on voit donc que le pronostic de la fistule stercorale ou pyo-stercorale, suite d'appendicite est bénin. La guérison spontanée est la règle et survient ordinairement au bout de deux ou trois semaines. Il ne reste plus alors qu'une fistule cutanée non stercorale qui persiste un temps plus ou moins long et guérit ordinairement à son tour.

OBSERVATION VI

Routier. *In* thèse Ferron.

Appendicite sous hépatique. Abcès.

Ch. J. . , 41 ans, entré le 19 avril 1899, sort le 10 juin 1899.

Le 17 avril. — Sans cause, au réveil, douleur épigastrique faible d'abord, puis plus forte avec irradiations vers l'hypocondre droit. Pas de vomissements, pas de diarrhée, selles normales ; un médecin donne un vomitif. Les douleurs, loin de disparaître, sont plus fortes et se localisent dans la partie supérieure de l'hypocondre droit.

Le 19. — Ventre souple. Gaz. Douleurs sous-hépatiques : il y a là une sorte d'empâtement, de tumeur qu'on repousse comme un rein. Soir 38°,4.

Le 22. — *Anesthésie*. — Laparotomie sur le bord du droit plus haute qu'd'habitude parce qu'on a une arrière-pensée de

cholécystite ; cœcum très haut, et on ouvre un abcès dans lequel il y a un calcul et où se trouve l'appendice gangrené, perforé ; lavage, résection ; deux drains, deux mèches.

Le 25. — Ablation des mèches.

Le 27. — Pansement. Suintement abondant par les drains (matières fécales).

1^{er} mai. — Il sort des matières fécales ; suppression du drain et des crises ; phlébite de la jambe droite.

Le 6. — Il n'est plus coulé de matières fécales depuis 3 jours : plaie en bon état.

Le 26. — Oppression subite, palpitation, presque syncope.

Le 28. — Nouvel accès en lisant.

Le 29. — Bon état, pâle, pouls régulier, rien au cœur.

3 août. — Va très bien, marche en boitant un peu. Cicatrice complète.

OBSERVATION VII

Routier. *In* thèse de Ferron.

Appendicite. Gros abcès. — G. A..., mécanicien, 17 ans ; entrée, 13 juin 1899.

6 juin. — Douleur subite, vomissements ; depuis, douleurs, ballonnement du ventre, 4 purgations ont été administrées en ville.

Le 13. — 36°, 3, 140. Langue sèche, ventre ballonné avec défense musculaire à droite.

Anesthésie. — Laparotomie sur le bord du droit, agglutination de l'épiploon. Je décolle le cœcum en dehors, abcès et je sens l'appendice avec gros calcul, lavages, énorme abcès

mal limité qui monte sous le foie, lavage. L'appendice vert est détaché, contenant un gros amas comme le pouce de matières fécales dures, jaunes; quatre gros drains, dont 2 petits dans le bassin, 2 sous le foie, pas de sutures.

Le 14. — Selle, gaz; 38°,90; va très bien.

Le 19. — Les matières fécales passent par la plaie; suppression des drains et des mèches; pansement à plat.

Le 30. — Il n'en passe plus.

Le 17 juillet. — Il a repassé des matières fécales.

De 25. — Pleurésie à droite.

3 août. — Part chez lui, pleurésie diminuée, mais il suppure et il sort des matières fécales.

Septembre. — Revenu guéri.

4 octobre. — Bien portant. Très petite cicatrice très forte; conseille une ceinture.

OBSERVATION VIII

Routier. In thèse Provost.

Appendicite. Abcès sous-cœcal. Guérison.

L..., 26 ans, entre le 9 mai 1899, sort le 10 juin 1899.

Novembre 1899. — Attaque d'appendicite.

5 mai 1899. — Depuis deux jours a eu une suite de crises gastro-intestinales, qui se localisent au point de Mac Burney. Douleur, résistance musculaire. Pas de vomissements, a eu selle et gaz, selles particulièrement fétides.

Le 10. — *Anesthésie*. — Lap. sur bord droit en décollant le cœcum en bas; sur bord du détroit, abcès que j'éponge. Je ramène un petit calcul appendiculaire comme pépin de citron. Appendice en morceaux. Je ramène la portion libre : la par-

tie vers le cœcum est en bouillie. L'orifice du cœcum est mis à nu ; un point de catgut en mauvais tissu, deux gros drains et deux mèches, un crin.

Le 11. — Pansement a suinté. Changé : 37°,72.

Le 12. — Raccourcissement des drains.

Les 13-14. — Pansement ; raccourcissement du drain ; ablation des mèches.

Le 15. — Suppositoire ; la plaie suppure ; n'a pris que des liquides.

Le 16. — Il est sorti des matières fécales sans fièvre.

Le 20. — Il ne sort plus de matières. Selle énorme spontanée.

9 janvier. — Rentre chez lui ; plaie superficielle.

OBSERVATION IX

Mauclaire (*In* thèse d'Ymbert).

Enfant de 8 ans, a présenté en 1897 un ensemble de symptômes (nausées, vomissements, péritonisme) simulant une attaque d'appendicite. Durée 48 heures et rétrocession des symptômes.

Le 15 mars 1899. — Nouvelle crise. Le diagnostic ferme d'appendicite est porté.

Les phénomènes vont en gagnant d'intensité jusqu'au 18 mars, jour où un violent frisson triomphe des hésitations des médecins au point de vue de l'intervention. Celle-ci est décidée.

M. Mauclaire examiné le jeune malade à 9 heures du soir et pense à l'existence d'un abcès péri-appendiculaire.

Opération le 19 à 7 heures du matin.

Le ventre ouvert par le procédé de l'incision classique de Roux, on ne trouve d'abord, limitant la cavité péritonéale, que quelques adhérences péri-cœcales.

Puis le cœcum ayant été soulevé, on donne issue à un flot de pus sanieux, d'odeur fécaloïde très prononcée et mélangé de matières noirâtres.

Dans ces conditions, par mesure de prudence, l'opérateur crut devoir s'abstenir de rechercher l'appendicite.

À la suite de l'intervention, la température, jusque-là à 41° tombe.

La plaie opératoire laisse écouler un peu de pus, mais ce pus est mélangé de matières fécales. Pas de pus dans les matières fécales sortant de l'anus.

Le 25 mars. — Six jours après l'incision, la température alors voisine de la normale, s'élève brusquement à 38°1. Rien n'explique cette nouvelle ascension, pas de rétention de pus en apparence ; d'ailleurs la fièvre ne tarde pas à tomber de nouveau.

15 jours après, 10 mai, on ne constate plus la présence des matières fécales dans le pus.

Il persiste encore une fistulette simple qu'on constate encore un mois après. Cette fistulette est dûe probablement à ce que l'appendice a été laissé en place pour la raison indiquée tout à l'heure

15 juin. — Guérison complète de la fistule.

15 juillet. — M. Mauclore est appelé de nouveau près de l'enfant, la fistule s'est rouverte spontanément à la suite d'un déplacement momentané du jeune malade à la campagne.

M. Mauclore se propose d'inciser le trajet et d'enlever ce qui doit rester.

OBSERVATION X

Mauclaire. *In* thèse d'Ymbert.

Femme de 20 ans, entrée en mai 1897, dans le service de M. le professeur Le Dentu, salle Lenoir.

Opérée d'urgence pour phlegmon de la fosse iliaque droite par M. Potherat qui, en présence d'un mélange de pus et de matières fécales, décide l'établissement, dans la région de la fosse iliaque droite, d'un anus artificiel.

La malade est examinée le lendemain par M. Mauclaire qui pense se trouver en présence d'un foyer appendiculaire, et cela avec d'autant plus de certitude que la malade a déjà eu à souffrir d'une attaque nettement imputable à une poussée d'appendicite.

Deux jours après l'intervention de M. Potherat, ouverture d'un second foyer purulent simple, sans matières fécales.

Cinq jours plus tard, mort par péritonite généralisée.

L'examen microscopique montre que la péritonite était due à l'épanchement des matières fécales dans la cavité péritonéale.

Il permit de constater la disparition complète par gangrène de l'appendice iléo-cœcal.

Il montra de plus que l'ouverture de l'anus contre nature se serait faite spontanément si le chirurgien n'était déjà intervenu.

OBSERVATION XI (Pauchet).

In appendicite 1893.

Mlle S..., 26 ans. A eu à deux reprises différentes des accidents abdominaux. A la deuxième attaque, un abcès s'ouvre dans le triangle de Scarpa, partie externe ; cet abcès se vide ; mais il persiste un orifice qui se ferme et qui se rouvre de temps à autre pour laisser écouler un liquide séro-purulent ayant parfois l'odeur des matières fécales.

J'explore le trajet ; je puis à peine constater qu'il se dirige vers l'arcade crurale. Incision de la paroi abdominale au-dessus de l'arcade, et parallèlement à elle ; je trouve un foyer immédiatement au-dessus de cette arcade ; je trouve et je décolle l'appendice, je draine. Fistule stercorale pendant trois semaines, puis guérison complète.

OBSERVATION XII (Routier).

In thèse Siron.

Auguste V..., 10 ans, sans profession, opéré le 29 décembre 1890.

Cet enfant a été pris brusquement, il y a neuf jours, de vomissements. Les parents croyant à une indigestion, le purgent, mais il vomit sa purgation.

Le lendemain 3 décembre, le Dr Dubarry, le voit et constate qu'il n'a pas rendu de gaz ; il se plaint d'une douleur vive en un point limité de la fosse iliaque droite ; la température a été de 38°, le matin et 39°, le soir.

5 décembre. — Les crises douloureuses se multiplient, on n'obtient des selles que par l'administration de lavements.

7 décembre. — Le ventre se tuméfie, on commence à sentir une induration à droite.

8 décembre. — Les vomissements alimentaires ont lieu. On met un vésicatoire sur le point douloureux.

10 décembre. — Il y a des vomissements porracés ; l'enfant a le faciès grippé, le ventre est dur, ballonné, douloureux dans toute son étendue. Le pouls est rapide. M. Routier fait anesthésier l'enfant pour aider au diagnostic.

Ils constate sous le muscle grand droit du côté droit, dans la partie sous ombilicale, une zone mate et empâtée. Le reste de l'abdomen est sonore.

L'intervention indiquée, est acceptée par les parents et M. Routier fait, sans réveiller l'enfant, une laparotomie latérale au niveau de l'épine iliaque droite. Il passe d'abord au-dessous du péritoine sur le *fascia iliaca* où un ganglion vient faire saillie. Tous le prennent pour l'appendice ; mais M. Routier sent qu'il soulève la zone empâtée, il déchire le péritoine et voit sortir un flot de pus infect. Il fouille prudemment avec le doigt au milieu du foyer, fait un lavage naphtolé et draine avec de longues mèches de gaze iodoformée.

Il y eut d'abord un léger mieux, mais le troisième jour après l'opération la péritonite reprit son cours et l'enfant mourut de péritonite.

Il a coulé des matières fécales par l'incision de la laparotomie dès le premier jour.

OBSERVATION XIII

Pauchet. *In* appendicite, 1899.

Lucien L..., âgé de 9 ans, est souffrant de troubles digestifs depuis deux jours. Le 6 mai 1897, le Dr Rinuy (de Moreuil) est appelé et constate une douleur vive au point de Mac-Burney, une température de 38°,5, un pouls à 120, de la constipation, du météorisme, des vomissements alimentaires et bilieux. Le médecin applique de la glace et administre 8 à 10 centigrammes d'opium par jour. Au bout de 3 jours le traitement médical, les phénomènes s'amendent, la température tombe jusqu'au 17 mai.

Le 17 mai. — La température remonte à 39°, 39°,5. Faciès péritonéal. Météorisme très prononcé. Pas d'empâtement dans la fosse iliaque. Pouls à 130.

Le 18 mai. — J'incise la paroi abdominale à droite ; un flot de pus est évacué, je place un drain et quatre points de suture.

Pendant les jours suivants la température ne tombant pas, M. Rinuy fait sauter les points de suture, et fait chaque jours de grands lavages à la solution d'eau salée ; la température baisse.

Le 3 juin. — Douleur et tuméfaction à gauche, la température monte à 39°.

Le 6 juin. — On se prépare à une contre ouverture à gauche, quand le second abcès s'ouvre de lui-même dans la cavité. En pressant avec l'aide des doigts en un point quelconque de la fosse iliaque gauche ainsi qu'au niveau de l'hypogastre, on fait sortir du pus en abondance par la première

incision. Il s'agissait donc d'un vaste abcès s'étendant à toute la partie inférieure de la cavité abdominale.

Il persista pendant quelques semaines une fistule stercorale qui finit par s'oblitérer.

L'enfant se remit rapidement. Il n'est pas resté d'éventration. La guérison était absolue le 15 juillet.

OBSERVATION XIV (résumée).

Pauchet, *In* thèse Béra.

Mlle S..., 26 ans. Deux crises d'appendicite. A la deuxième fistule purulente. Le liquide a une odeur de matières fécales.

Incision. Dissection du trajet. On trouve un foyer purulent au-dessus de l'arcade crurale. Résection de l'appendice. Drainage.

Fistule stercorale pendant trois semaines, puis guérison complète.

OBSERVATION XV (Résumée).

Pauchet, *In*, thèse Béra.

Enorme abcès occupant le pelvis et les deux fosses iliaques. Incision.
Abcès secondaire. Fistule stercorale, Guérison.

Lucien L..., 9 ans. Opération d'appendicite à chaud le 18 mai. Incision. Drainage. Lavages. Vaste abcès s'étendant à toute la cavité abdominale, partie inférieure. Un abcès de la fosse iliaque gauche se vide secondairement.

Une fistule stercorale a persisté jusque dans les premiers jours de juillet 1897, soit environ 6 semaines.

Les matières fécales qui en sortaient étaient mélangées à beaucoup de pus et se présentaient sous la forme de petits calculs ou de grumeaux « assez semblables aux morceaux de feuilles cuites de l'oseille dans la soupe ». Guérison.

OBSERVATION XVI (résumée).

Pauchet. *In* thèse de Béra.

Opération au déclin d'une crise. Impossibilité de trouver l'appendice.
Fistule stercorale. Guérison complète.

M. G..., soigné à Davos depuis deux ans pour tuberculose pulmonaire au deuxième degré.

Quatrième crise d'appendicite. Opération à chaud. On ne trouve pas l'appendice. Drainage.

Fistule stercorale le quatrième jour, fermée le quinzième jour.

Guérison.

OBSERVATION XVII (résumée).

Pauchet. *In* thèse de Béra.

Appendicite le neuvième jour. Péritonite diffuse. Incision simple.
Amélioration puis perforation secondaire de l'intestin. Mort.

Mme X..., âgée de 30 ans. Appendicite bénigne puis au bout de 8 jours signes de péritonite généralisée.

Opération par Pauchet. Incision. Lavages. Pas de recherches de l'appendice. Des flots de sérosité purulente sont évacués, 3 mèches.

Amélioration momentanée. Puis au bout de 5 à 6 jours reprise des accidents. Fièvre 39°.

Deux jours après douleurs vives dans le ventre. Le lait et les potages absorbés par la malade repassent par la plaie. Donc perforation de l'intestin non loin de l'estomac.

Mort le dixième jour après l'opération.

TRAITEMENT

L'étude du traitement de ces fistules intestinales, comprend d'une part la recherche des précautions propres à éviter la production de la fistule, d'autre part l'examen des moyens capables de la guérir quand elle existe.

Traitement préventif. — Si l'on se trouve en présence d'un abcès d'origine appendiculaire, il faudra l'ouvrir et drainer. Cette ouverture se fera généralement au point culminant si l'abcès bombe à la paroi. Si l'on se trouve en présence d'un large plastron sans point notablement saillant, on incisera selon le tracé de Roux ou selon le procédé de Jalaguier sur le bord externe du muscle droit. La plupart des chirurgiens préfèrent ouvrir les abcès par une incision de Roux. M. Routier pratique même dans ces cas, une incision sur le bord externe du muscle droit.

L'incision devra être menée avec la plus grande prudence dès que l'on approchera des plans profonds car parfois l'intestin adhère à la paroi, les tissus sont œdématisés, les plans sont difficiles à distinguer les uns des autres. Arrivé dans le foyer de l'abcès, le pus étant évacué, on explorera les parois de la cavité avec grande prudence, recherchant cependant les abcès voisins et essayant de

sentir l'appendice. Cet appendice devra être isolé et réséqué si sa découverte ne présente pas de trop grandes difficultés. Sinon il sera souvent prudent de le laisser en place quitte à le laisser s'éliminer spontanément ou à l'aller cueillir dans une intervention ultérieure.

Parfois l'appendice reconnu mais perdu au milieu d'un magma de fausses membranes se déchirera quand on voudra l'attirer au dehors. On cherchera néanmoins à poser une ligature sur sa base après avoir saisi son moignon avec une pince de Kocher. Pour faciliter cette ligature on essaiera de libérer le cœcum avec prudence et de l'attirer vers la plaie dans la mesure du possible. Il arrive quand on a affaire à un cœcum friable, de déterminer au cours de ces manœuvres de petites éraillures superficielles de la paroi intestinale.

On essaiera de les enfouir avec quelques points à la Lembert. Se trouve-t-on en présence de plaques sphacélées on essaiera de les enfouir selon le procédé du « tout à l'égout » de M. Guinard. L'intestin présente-t-il des perforations, on essaiera de faire une suture à la soie, si les tissus ne paraissent pas trop malades.

On aura beaucoup de chances de voir cette suture lâcher, mais on devra néanmoins la tenter. On fera des points séparés et si un certain nombre seulement viennent à lâcher on pourra peut-être réussir néanmoins à rétrécir la perforation. Dans certains cas, tous les points de suture déchirent l'intestin et on devra alors bien se garder d'insister. Si l'intestin reste perforé, on se contentera d'établir un bon drainage pour amener les matières au dehors.

Au besoin on suturera l'anse perforée au péritoine pariétal.

L'opération terminée, le drainage devra être l'objet de soins particuliers. Les drains seront entourés de mèches de gaze stérilisée qui les sépareront de l'intestin et les empêcheront d'ulcérer cet organe.

Dans les jours qui suivent, les drains seront raccourcis progressivement, puis supprimés et remplacés simplement par des mèches si l'écoulement de pus est peu considérable.

En même temps on aura soin de veiller soigneusement à l'alimentation du malade. Cette question a, nous le croyons, une grosse importance.

Notre malade de l'observation XX n'avait présenté aucune trace de matières fécales dans son pansement, jusqu'au dixième jour après l'opération. A ce jour il ne mangeait que des purées, très peu de viande et de pain.

Du pavillon Nélaton où il occupait une chambre isolée, il remonte dans la salle Civiale où la surveillance est nécessairement moins active. Il mange très copieusement, et le lendemain matin son pansement était inondé de matières fécales.

Traitement curatif. — La fistule est constituée, quelle conduite devra-t-on tenir ?

Avant tout, on devra s'enquérir si l'appendice a été réséqué ou non. En effet l'appendice peut être resté dans la plaie et sa perforation donnera lieu à un écoulement de matières le plus souvent insignifiant si la perforation siège vers la pointe, plus important si elle se trouve à la base et empiète sur le cœcum.

L'appendice a-t-il été laissé dans la plaie, on ne se pressera pas de l'enlever, s'il ne se produit aucun accident grave, mais on se tiendra prêt à intervenir à la moindre alerte. Si au bout de plusieurs mois la fistule persiste sans aucune modification, il sera indiqué d'aller à la recherche de l'appendice. La résection de cet organe amènera souvent la suppression de la fistule stercorale.

Nous en avons un exemple dans l'observation suivante de Villar (de Bordeaux).

OBSERVATION XVIII (Villar).

In Archives cliniques Bordeaux, 1897.

Le 15 août 1897, j'avais l'honneur d'être appelé à suppléer le professeur Lannelongue à l'hôpital Saint-André. Je trouvais dans le service un jeune homme de 19 ans, qui y était entré, quelques temps auparavant, pour se faire traiter d'une lésion tuberculeuse de la région sacro-iliaque. M. Lannelongue avait fait un grattage étendu et même enlevé quelques portions osseuses; en un mot il avait opéré *larga manu*, voulant se mettre à l'abri d'une récidence.

Lorsque je pris le service, la plaie était en bonne voie de guérison et, un mois après, le 18 septembre, le jeune malade quittait l'hôpital presque complètement guéri.

Le 21 septembre. — Il s'aperçoit qu'il rend des pépins de raisin par la région sacrée, aussi se décide-t-il de nouveau à entrer dans le service ; il y entre en effet le 24 septembre.

L'examen pratiqué à cette époque nous permit de constater ; 1° des cicatrices adhérentes, vestiges de l'opération anté-

rieure ; 2° à peu près au centre de la région cicatricielle, un orifice fistuleux, laissant passer facilement une sonde cannelée ; celle-ci s'enfonce assez profondément. Par l'orifice fistuleux s'écoulent, les jours suivants, des matières fécales et quelques pépins de raisin.

Il fallait évidemment intervenir : je circonscris la fistule par une incision elliptique étendue et je vais à la recherche de la portion intestinale lésée ; celle-ci était située très loin, car je dus avec la gouge et le maillet, faire sauter quelques parcelles osseuses.

M'étant ainsi donné du jour, je tombai sur un organe bien calibré, du volume d'une plume à écrire, tapissé d'une muqueuse à l'intérieur ; à n'en pas douter c'était l'appendice vermiculaire. Je réséquai cet organe aussi bien que possible et je suturai l'orifice intestinal par le procédé de l'abrasion qui a donné de si beaux résultats entre les mains de son inventeur, mon ami A. Chaput, et auquel j'ai eu plusieurs fois recours avec plein succès.

Comme il était impossible de suturer complètement la plaie anfractueuse qui m'avait conduit sur l'intestin, je me contentai de la bourrer en grande partie avec de la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; il n'est plus rien sorti par la région sacrée, la défécation s'est maintenue tout à fait normale.

Bref le malade quitte l'hôpital le 4 novembre ; la plaie n'est pas encore complètement cicatrisée à cette époque, mais elle bourgeonne à merveille ; l'état du malade est excellent.

Envisageons maintenant les cas où l'appendice est réséqué et où une fistule stercorale vient à se produire. En

présence d'une telle éventualité, il faudra se garder d'instituer au début un traitement chirurgical actif.

Parlant des fistules intestinales en général, Gosselin déclarait qu'on ne doit rien tenter de chirurgical avant deux mois. Dupuytren assignait trois mois comme limite à l'expectation. Goetz est du même avis et écrit que la guérison survient en trois mois quand elle arrive.

En réalité, il est difficile de donner un chiffre limité, mais ce que l'on devra bien savoir, c'est que les fistules stercorales survenant après résection de l'appendice guérissent sans intervention dans l'immense majorité des cas. Si la perforation est large, si l'on a affaire à un véritable anus contre nature la guérison spontanée est moins certaine, mais elle s'observe encore fréquemment.

Dans sa thèse, Ferron déclare avoir vu deux fois de véritables anus contre nature guéris spontanément. Pour notre part, nous avons vu dans le service de M. Routier pendant les vacances, une malade qui avait subi une entérorrhaphie circulaire avec bouton de Murphy pour résection d'une anse herniée, gangrenée. Cette femme commença au bout de quatre jours après l'opération à éliminer des matières par la plaie qu'on avait laissée ouverte. Bientôt elle ne rendit plus rien par le bout inférieur, toutes les matières passèrent par la plaie. On retira drains et mèches, on pansa à plat. Le dixième jour le bouton de Murphy était éliminé, les matières reprenaient partiellement leur cours. Le vingt et unième jour après l'opération, il ne passait plus du tout de matières par la plaie.

Dès qu'une fistule stercorale post-opératoire s'établit,

M. Routier fait enlever les drains et les mèches et panser à plat. En même temps le malade est mis au régime lacté tant que des matières fécales passent par la plaie. Quand l'écoulement de ces matières paraît tari, on commence l'alimentation avec la plus grande prudence en donnant des œufs, des purées et du lait. Le moindre écart de régime peut en effet rétablir la communication avec l'intestin.

Dans les observations que nous avons pu prendre chez M. Routier et que nous rapportons ici, on a suivi exactement cette ligne de conduite et les malades ont parfaitement guéri de leur fistule stercorale.

OBSERVATION XIX (inédite).

Ch... Victor, employé de commerce, âgé de 27 ans entre le 12 mai 1900, salle Civiale n° 16, service de M. Routier. Ce malade a présenté de nombreuses crises d'appendicite. Il souffre en ce moment d'une nouvelle crise qui date de deux jours. Le ventre est douloureux à la pression dans tout le côté droit. Contracture musculaire dans la fosse iliaque.

Point de Mac Burney. Empâtement profond. Le malade a des vomissements de temps à autre. Pouls 120. Température 39°.

Opération le 13 mai. — Incision sur le bord externe du muscle droit. La recherche de l'appendice est laborieuse. On le trouve dans un petit foyer contenant un peu de pus en arrière du cœcum. Nombreuses et fortes adhérences.

L'appendice est libéré avec beaucoup de difficulté. Il est fusionné avec la paroi cœcale. On le résèque.

La surface à laquelle il adhérerait saigne. On ne peut faire de ligatures parce que la paroi du cœcum est trop friable. On doit laisser une pince à demeure. Drainage.

Le 15 mai. — La pince est retirée. Le pansement a peu suinté. Température 37°. Pouls 90.

Le 17 mai. — Apparition de matières dans le pansement. On enlève drains et mèches, on panse à plat à la gaze stérilisée. Le malade reste au régime lacté.

Le 4 juin. — Il ne passe plus de matières par la plaie. Il reste une fistule simplement purulente. Le malade était resté au lait et aux œufs jusqu'à cette époque. On lui donne des purées et des potages.

Le 10 juin. — Le malade mange comme tout le monde. La plaie s'est notablement rétrécie.

Le 15 juin. — La plaie est fermée. Le malade se lève.

Le 20 juin. — Il sort guéri.

OBSERVATION XX (inédite).

B., Jules, âgé de 32 ans, entre dans le service de M. Routier suppléé par M. Chevalier le 16 septembre 1900. Ce malade a souffert du ventre à plusieurs reprises. La crise actuelle remonte à 8 jours. Le ventre bombe considérablement au niveau de la fosse iliaque droite. Rénitence. Douleur à la pression à ce niveau. Température 39°,5. Pouls 110.

Opération le jour de l'entrée. Incision sur le bord externe du droit. La gaine incisée on tombe sur du pus. Ce pus vient

d'un orifice situé à la partie inférieure de la gaine et immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. On incise au ciseau sur le doigt introduit dans cet orifice. On ouvre un foyer contenant près d'un litre de pus. Il se prolonge du côté du petit bassin. L'appendice est au fond, fusionné avec la paroi. Il est à demi-sectionné. On réussit néanmoins à le détacher et à poser une ligature à sa base. On a dû pour cela tirer un peu le cœcum. On ferme en haut avec deux crins et on draine par la partie inférieure de la plaie.

Le 24 septembre. — On enlève les crins. Suppuration abondante. Ablation des mèches. On laisse les drains.

26 septembre. — Le malade a fait la veille des excès alimentaires. Il était jusqu'alors au lait et a mangé beaucoup de pain, de haricots et de charcuterie en l'absence de la surveillante.

On retrouve des haricots dans le pansement.

Le pus a une odeur fécaloïde et une couleur brunâtre.

28 sept. — La plus grande partie des matières passent par la plaie. On supprime les drains. On panse à plat. Régime lacté.

Le 11 octobre. — Il ne passe plus de matières par la plaie.

Le 15 octobre. — On recommence à donner du pain au malade et progressivement on arrivera à l'alimenter comme tout le monde.

Le 11 novembre. la plaie est complètement fermée. Le malade sort guéri avec une toute petite cicatrice.

OBSERVATION . XX (inédite).

V... Charles, coiffeur 25 ans entre le 14 août 1900 dans le service de M. Routier suppléé par M. Chevalier, salle Civiale n° 9.

Première attaque d'appendicite. Elle date de six jours. Gros abcès.

Le 14 août. — Ouverture de l'abcès. L'appendice est trouvé avec quelque difficulté, adhérent au cœcum et au fond de la plaie. On le résèque. Drainage.

Le 19 août. — Apparition de matières stercorales mêlées au pus. On enlève drains et mèches. Pansement à plat. On maintient le malade au régime lacté.

Au bout de 8 jours (27 août) il ne passe plus de matières. La plaie tend à se renfermer et a bon aspect.

Le 15 septembre. — La plaie est complètement fermée. Le malade se lève.

Ils sort complètement guéri le 17 septembre.

Nous arrivons maintenant aux cas où la perforation est large et où la fistule persiste après plusieurs mois sans présenter aucune tendance à la guérison. La temporisation n'a rien donné ; il serait dangereux de la prolonger ; on doit intervenir mais le choix de l'intervention est souvent extrêmement délicat.

Pour les petites fistules, on pourra essayer d'oblitérer purement et simplement l'orifice. Divers procédés sont en usage pour obtenir ce résultat. Un des meilleurs est le procédé de suture par abrasion de M. Chaput. Ce pro-

cédé a donné parfois d'excellents résultats, mais les échecs sont malheureusement très fréquents.

L'observation suivante rapportée par M. Monod à la Société de Chirurgie, donnera une idée des difficultés que présente une intervention dans de semblables conditions.

OBSERVATION XXII (résumée).

Monod. *Soc. de Chirurgie*, Décembre 1898.

Une jeune fille avait eu, à l'âge de trois ans, un abcès de la fosse iliaque, qui avait laissé à sa suite une fistule stercorale. Cette fistule fut fermée un an plus tard par une opération, mais au bout de quatre ans, elle se rouvrit spontanément. On ne fit aucune nouvelle tentative d'oblitération jusqu'en 1896, où la jeune fille fut présentée à M. Monod. Ce dernier fit une tentative d'oblitération de la fistule, en disséquant le trajet fistuleux dans la profondeur jusqu'à rencontre de ce qu'il considérait comme l'orifice intestinal ; il sectionna le trajet au ras de cet orifice et sutura ce dernier au moyen d'une série de points de suture de Lembert sur double plan. La réunion par première intention fut obtenue ; mais, au bout de quelques jours, la plaie se rouvrit, et toutes les matières fécales ressortaient par elle. Grâce à des pansements réguliers néanmoins, les matières sortirent de moins en moins abondantes, et la fistule se ferma complètement. Elle resta fermée pendant deux ans, puis récemment elle vient de se rouvrir spontanément.

M. Monod conclut de cet échec qu'il n'a probablement pas fermé le véritable orifice de l'intestin, qu'il est resté dans

cette cavité que l'on trouve entre la paroi intestinale et la paroi abdominale, et qu'une nouvelle tentative, libérant et attirant l'intestin dans la plaie pour placer la suture sur l'intestin lui-même, aura toutes chances de donner un résultat complet.

Si une opération extrapéritonéale est insuffisante, et il en sera souvent ainsi, on devra avoir recours à une intervention plus importante. L'entérorrhaphie latérale est une opération qui convient parfaitement à ces grandes fistules sans éperon, permettant le cours normal des matières d'un bout à l'autre. L'anse intestinale sera décollée, libérée complètement, et on pratiquera une suture soignée des bords de la plaie intestinale.

Cette opération a donné de bons résultats à nombre de chirurgiens. Nous en avons relaté un cas de M. Potherat (Observation I) ; nous en rapportons ici même un autre de M. Rioblanc.

OBSERVATION XXIII (résumée).

Rioblanc (Congrès de chirurgie 1897).

Appendicite suppurée compliquée de pleurésie purulente et de septicémie suraiguë, dénudation et perforation du cœcum et anus contre nature, trois opérations successives ; incision iliaque, empyème et ultérieurement entérorrhaphie latérale après incision péritonéale d'emblée. Guérison complète.

Soldat de 21 ans, entré le 6 janvier 1897 pour une appendicite suppurée. Incision iliaque le 10 janvier. Evacuation d'un demi-litre de pus.

Le 17. — La température remonte. Etat septicémique. Congestion pulmonaire. Pleurésie purulente.

Empyème le 24 janvier.

La plaie abdominale se désunit et prend l'aspect septicémique. Le cœcum est mis à nu sur une large étendue et se sphacèle. Injections de sérum artificiel. Toniques.

Il reste un anus contre nature, par lequel passe la presque totalité des matières fécales.

Le 5 juin. — Intervention pour fermer l'anus contre nature. Incision circonscrivant l'orifice fistuleux. Section des couches profondes en tissu normal.

Le cœcum est attiré au dehors. Section des parois au niveau de l'anus contre nature. Réparation selon le procédé de Chaput. Suture en plusieurs plans de la paroi.

Guérison. Cicatrice solide sans éventration.

L'entérorraphie latérale conviendra, nous le croyons, à la plupart de ces fistules stercorales rebelles. Bien rarement dans les cas qui nous occupent on devra avoir recours à des interventions plus graves. L'entérectomie, l'entéro-anastomose, l'exclusion de l'intestin sont des opérations qui trouvent ailleurs leurs indications, mais qui pourront ici être généralement évitées.

Ferron rapporte dans sa thèse un cas d'entérotomie sur la ligne médiane et sur une anse grêle, pratiquée par M. Villemin, pour essayer d'oblitérer une fistule pvostercorale consécutive à l'ouverture d'un volumineux abcès à la fois rétro-cœcal et pelvien. Il s'agissait d'une petite fille de dix ans opérée d'urgence aux Enfants pour appen-

dicite suppurée. Au bout de six jours, apparition de matières dans la fosse iliaque droite et fistule pyostercorale.

Au bout de quelques semaines M. Villemin établit un anus grêle sur la ligne médiane dans le but de détourner le cours des matières et déterminer l'oblitération de la perforation (l'appendice n'avait pas été vu); la fistule devint en effet simplement purulente; au bout de six semaines on essaya de fermer l'anse grêle; cette tentative échoua, l'anus grêle existe toujours et la fistule iliaque est redevenue pyo-stercorale.

Dans nombre de cas, il faudra donc se montrer très sobre d'interventions chirurgicales. Il faudra en particulier réduire au minimum les interventions chez les tuberculeux.

Chez ces malades on ne devra opérer que si les lésions sont absolument limitées au cœcum, si le reste de l'intestin est notoirement sain et si les poumons sont en assez bon état.

L'observation suivante vient à l'appui de notre dire :

OBSERVATION XXIV (résumée).

In thèse d'Aynès.

Typhlite tuberculeuse avec fistule pyo-stercorale de la région hypogastrique. Résection du cœcum. Suture du côlon et de l'iléon bout à bout. Mort quarante jours après par entérite tuberculeuse.

T..., 29 ans. en 1888 grosseur dans la fosse iliaque droite, coliques, diarrhée. Amaigrissement. Opération d'une fistule pyo-stercorale qui donne un écoulement continu. Selles par

l'anus tous les deux jours. Opération le 13 décembre 1890 par les D^{rs} Jaurel et Thuyette.

Incision au niveau de la fistule. Le cœcum épaissi, lardacé est réséqué. Anastomose des deux bouts avec trois plans de suture à la soie. Suture de la peau au crin de Florence. Drainage au niveau de la fistule.

Les suites sont d'abord bonnes. Le cours des matières suit la voie normale.

Mais diarrhée avec lientérie, bientôt amaigrissement. Mort le quarantième jour par entérite tuberculeuse.

Nous terminerons en citant une observation prise l'année dernière dans le service de M. Michaux à Broussais. Elle montre la difficulté de trouver une thérapeutique efficace dans ces fistules tuberculeuses et la gravité des interventions radicales auxquelles on est parfois réduit à avoir recours.

OBSERVATION XXV (inédite)

Appendicite tuberculeuse. Fistule cœcale consécutive. Suture du cœcum puis résection du cœcum. Mort. Autopsie.

Bonn..., cantonnier, âgé de 35 ans, salle Follin, n° 7 hôpital Broussais, service de M. le D^r Michaux. Entré le 1^{er} septembre 1899.

Ce malade a été opéré il y a quelques mois dans le même service pour une appendicite tuberculeuse. Il rentre pour une fistule cœcale consécutive à l'opération.

Trajet fistuleux existant au sommet de l'incision, rendant peu de pus. L'exploration au stylet conduit assez loin. Le

malade prétend rendre des gaz par sa fistule. L'opération est décidée. Le matin de l'opération, le malade rend quelques matières liquides.

Opération, le 4 septembre. — On tombe de suite sur une masse fort épaisse et adhérente d'épiploon infiltré rouge. On trouve de grosses difficultés à le décoller. Recherche du moignon appendiculaire. Une grande partie de l'épiploon qui le cache est amené au dehors. La paroi antérieure du cœcum est ainsi découverte. Elle présente un aspect rouge noirâtre, est extrêmement friable, se déchire sous les pinces. Le moignon appendiculaire se déchire mais est néanmoins réséqué. La fistule considérablement agrandie permet de voir la cavité cœcale. On fait sur le cœcum un surjet au catgut (point de Lembert). Résection de l'épiploon infiltré de nodules tuberculeux. Le péritoine environnant est infiltré également. On a affaire en somme à un foyer localisé de tuberculose péritonéale à forme fibreuse.

Une coupes de ces tissus est pratiquée et l'examen au microscope montre nettement la nature tuberculeuse des lésions.

Sutures de la paroi en plusieurs plans : catgut et crin. Drainage à la partie supérieure de l'incision.

Le 5 septembre. — Temps 38°,6, à 4 heures. Pouls 110. Quelques efforts de vomissements.

Les jours suivants la température est de 37°,5, environ le matin, 38°,6, à 38°,8, le soir.

Le 8. — Au soir dans un effort de toux le malade sent un écoulement se faire dans son pansement. Le pansement est enlevé et on constate que du liquide mêlé à des matières fécales noirâtres a suinté en petite quantité par la partie supérieure de la plaie.

Les jours suivants, état local stationnaire. Etat général mauvais. Amaigrissement.

Le 20 septembre. — La partie inférieure de la cicatrice s'ouvre et une nouvelle plaie se forme donnant issue à des matières fécales.

Le 15 octobre. — On pratique sous chloroforme l'ouverture large de la cicatrice et des lavages de toute la plaie. A la suite de cette intervention l'état général s'améliore.

En janvier 1900. — La plaie persiste, large à bords arrondis rouge. Au fond d'une sorte de sillon on aperçoit la muqueuse intestinale bosselée. Les matières fécales sortent presque exclusivement par cet orifice. Tous les huit jours seulement il y a une selle par le rectum.

Si l'on explore la plaie, le doigt entre directement dans le cœcum.

M. Michaux se décide à réséquer le cœcum.

Cet organe est libéré très laborieusement des tissus infiltrés de tuberculose avec lesquels il est fusionné. On l'enlève avec la peau qui lui adhère après avoir mis une pince-clamp sur le côlon ascendant et une autre sur l'intestin grêle. Puis on pratique une entéro-anastomose avec bouton de Murphy.

Le lendemain matin 38°. Pouls 110. Ventre souple. Le malade ne se plaint pas.

Dans la nuit oppression, facies anxieux, respiration stertoreuse. Syncope.

Ether. Caféine. Cataplasmes sinapisés.

Le surlendemain de l'opération même état mauvais. Affaissement profond. Les points de suture sont enlevés. Un peu d'odeur à l'ouverture de la plaie. Mais il ne sort rien du ventre.

Injection de sérum intraveineux 1800 gr.

Malgré tout l'état s'aggrave. L'asphyxie progresse. Le pouls faiblit. Le ventre n'est pas ballonné. Mort à deux heures de l'après-midi.

A l'autopsie, on trouve au niveau de l'entéro-anastomose, à la face postérieure du côlon ascendant, une déchirure large comme une pièce d'un franc, juste au ras du bouton de Murphy. Tout autour il n'y a aucune trace de péritonite aiguë mais de vieux foyers tuberculeux. Le poumon est infiltré de tubercules.

CONCLUSIONS

1° Les fistules entéro-cutanées observées au cours et à la suite de l'appendicite peuvent se produire spontanément par ouverture d'abcès ou être consécutives au traitement chirurgical de la maladie. Aujourd'hui, on a affaire presque exclusivement à des fistules post-opératoires, car le traitement chirurgical est ordinairement mis en œuvre avant l'ouverture spontanée de l'abcès.

2° Ces fistules peuvent être stercorales ou pyo-stercorales. Selon la quantité de matières fécales qui s'échappe par la plaie, on dit qu'il y a fistule ou anus contre nature.

3° Les matières peuvent apparaître au cours de l'opération ou quelques jours après.

4° Quand elles apparaissent au moment de l'opération, la perforation peut être due suivant les cas : à une ulcération ou à une section de l'appendice, à des ulcérations du cœcum ou des anses voisines par les abcès, enfin à une déchirure des parois du cœcum dans toute leur épaisseur.

5° Quand elles apparaissent quelque temps après l'opération on peut incriminer également des causes diverses.

On pourrait avoir affaire à une ligature du moignon appendiculaire qui aurait lâché.

Le plus souvent il s'agira de perforations déterminées par des plaques de sphacèle au niveau des parois du cœcum ou de l'intestin grêle. Mais on peut encore accuser dans quelques cas, la suture d'une perforation pratiquée au cours de l'opération et dont les points ne tiennent pas ; la compression des drains et des mèches déterminant une ulcération ; une déchirure incomplète du cœcum non réparée et qui devient complète dans les jours qui suivent.

Les excès alimentaires joueront un rôle adjuvant très important dans l'apparition des matières fécales au dehors.

6° Le pronostic de ces fistules est bénin. Dans la règle elles guérissent spontanément au bout de quelques jours ou quelques semaines. Il faut en excepter les fistules tuberculeuses qui sont au contraire extrêmement rebelles.

7° Le traitement préventif consiste en une large ouverture de l'abcès, suivie d'un drainage bien fait. L'appendice sera autant que possible réséqué et lié à sa base. On suturera les perforations complètes ou incomplètes, s'il s'en trouve, et on enfouira les points douteux. On réduira les manœuvres au minimum si le cœcum est très adhérent et friable.

8° Le traitement consécutif ne devra pas être actif dans l'immense majorité des cas. On retirera les drains et les mèches et on pansera à plat quand apparaîtront les matières. Le malade sera mis au régime lacté.

Au bout de plusieurs mois seulement, si la fistule est large et sans tendance à l'oblitération, on interviendra contre elle. L'intervention de choix sera dans la plupart

des cas l'entérorraphie latérale avec libération complète de l'intestin et ablation de la poche.

Parfois la persistance de la fistule est liée à la présence de l'appendice. Il sera alors indiqué d'essayer de le réséquer.

Vu : le Président de la thèse,
BERGER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Aynès.** — Typhlite et appendicite tuberculeuse. (Thèse de Bordeaux, 1896).
- Achard et Broca.** — Bactériologie de 20 cas d'appendicite suppurée. Bull. de la Soc. méd. des hôp., 26 mars 1897.
- Albarran.** — Bulletin de la société de chirurgie, 1900.
- Béra.** — Complications post-opératoires, immédiates et éloignées de l'appendicite. Thèse de Paris, 1899-1900.
- Blin.** — Etudes sur les fistules pyo-stercorales consécutives aux abcès phlegmoneux de la cavité abdominale et indépendante des hernies. Thèse de Paris, 1879.
- Bouilly.** — Pathologie externe, Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly, tome III, typhlite, pérityphlite, appendicite.
- Bodenhamer.** — Histoire des trajets fistuleux et leur tendance à l'oblitération (New-York, méd. Record, 28 février 1891).
- Briançon.** — Contribution à l'étude des hernies et de l'appendicite herniaire. Thèse de Paris. 1897.
- Brun.** — Traité des maladies de l'enfance. Grancher, Comby. Marfan. Art. Appendicite, tome III, ppge 105.
- Bulletins et Mémoires de la société de chirurgie de 1890 à 1899 inclus, particulièrement séance du 10 juillet 1895.

- Chaput.** — Revue générale de clin. et thérapeut., n° 40, 1890.
- Cochot.** — Complications post-opératoires et en particulier des pseudo-crisis, des fistules et des éventrations. Thèse de Paris, 1898-1899.
- Dieulafoy.** — Pathologie interne, tome III, page 341.
- Dörfler.** — Appendicite. Analyse in Presse médic., n° 48, 1899.
- Duplay et Follin.** — Pathologie externe, tome V, article phlegmon iliaque.
- Eiselsberg.** — Sur le traitement des fistules stercorales et des sténoses de l'intestin par la résection totale d'une anse intestinale. (Arch. f. Klin. Chir. LVI, 2, p. 281-323).
- Favre.** — Histoire des perforations spontanées de l'appendice iléo-cœcal. Thèse de Paris, 1851.
- Ferron.** — Contribution à l'étude du manuel opératoire dans l'appendicite. Thèse de Paris, 1900.
- Gordon (Mlle).** — L'appendicite chez l'enfant. Thèse de Paris, 1896, p. 101.
- Guinard (A).** — Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, t. VII, art. appendicite, p. 464. Tome VIII. Anus contre nature et fistule stercorale, page 555.
- Guyot.** — Contribution à l'étude des fistules stercoro-purulentes. Thèse Paris, 1885.
- Hartmann et Gosset.** — Traité de chirurgie Duplay et Reclus, t. VI, 2^e édition. Art. fistule pyo-stercorale, page 912.
- Jaccoud.** — Pathologie interne, tome II, page 332.

Jalaguier. — Traité de Chirurgie, Duplay-Reclus, t. VI, 2^e édition, art. Appendicite, page 501.

Jonnesco. — Cœcum et appendice in anatomie, Poirier, t. IV, page 309.

Krafft. — Revue médicale de la Suisse Romande, oct. 1888, avril 1889.

Kouindjy. — De l'appendicectomie et accidents consécutifs. Thèse de Paris. 1898.

Le Dentu. — Du traitement des fistules stercorales et de l'anus contre nature. 9^e Congrès de Chirurgie, 1895, p. 225.

Le Gendre. — Typhlites et appendicites. Bull. de la Société médicale des hôpitaux, 1894, p. 859.

Letulle et Weinberg. — Archives de médecine. 1897, n^o 5 et 6.

Levrey. — Du rôle de l'épiploïte aigüe ou chron. au cours de l'appendicite. Thèse Paris, 1899.

Loiseau. — Fistules éloignées d'origine appendiculaire. Thèse de Paris, 1899-1900.

Mauny. — Note lue au 9^e Congrès de Chirurgie, 1895, p. 258.

Maurin. — Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire. Thèse de Paris, 1890, p. 33.

Monod. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1899.

Monod et Vanverts. — Appendicite, coll. des aides-mémoires scientifiques. Masson, 1898.

Page. — Deux cas de fistules stercorales traités par la résection de l'intestin. (Lancet, 8 juin 1895).

Potherat. — Congrès de Chirurgie, 1897.

Pauchet. — Appendicite, Maloine, 1899.

- Paulier.** — Contribution à l'étude de la typhlite et de la péri-typhlite. Thèse de Paris, 1875, pages 33 et 59.
- Poncet et Jaboulay.** — 27 observations d'appendicite. Revue de Chirurgie, nov. 1892.
- Riob lan.** — Congrès de Chirurgie, 1897.
- Reclus.** — De l'appendicite tuberculeuse. Bull. méd., 1893, p. 587.
- Roux.** — Revue médicale de la Suisse Romande, avril et mai 1900. Congrès de Chirurgie, 1895.
- Scherrill.** — Fistules consécutives aux opérations abdominales (Médecine, février 1898).
- Siron.** — De l'intervention précoce dans les péritonites aiguës diffuses d'orifice appendiculaire. Thèse de Paris, 1898.
- Talamon.** — Pérityphlite et appendicite, Biblioth. Charcot, Debove, 1890.
- Termet et Vanverts.** — De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite. Gaz. des hôpitaux, 9, 11, 16, 20 mars 1897.
- Terrier.** — Appendicite tuberculeuse. Société de Chirurgie, 17 février et 30 mars 1892.
- Terrier.** — Revue chirurgicale, 10 janv. 1900.
- Trécourt.** — Mémoire et observations de chirurgie, 1769, page 147.
- Trélat.** — Des fistules pyo-stercorales. Progrès médical, 1888.
- Des fistules pyo-stercorales. Gazette des Hôpitaux, 1899.

Tuffier et Hallion. — De l'intervention dans les pérityphlites. Arch. gén. méd., sept. 1890.

Vaucher. — Contribution à l'étude des fistules pyo-stercorales. Thèse de Paris, 1899.

Ymbert. — Thèse de Paris, 1899.

